

## LA MALADIE D'OSGOOD –SCHLATTER : A propos de 2 observations commentées

Marcelin N.Ngowe, Victor Eyenga, Jean Bahebeck, Christopher P. Tangnym, Josue B Mahop, Alexis Ndjolo, Aurélien M Sosso.

Département de chirurgie et spécialités Faculté de Médecine et des Sciences biomédicales (FMSB), Université de Yaoundé I – Cameroun.

Tirés à part : Dr Ngowe Marcelin Tél : 00237 9993 09 72/ 00237 7721 68 58, Fax : 002237 221 20 15  
E-mail : [nkouki2002@yahoo.fr](mailto:nkouki2002@yahoo.fr) BP : 7951 Yaoundé – Cameroun

**RESUME :** La maladie d'Osgood –Schlatter (apophysite tibiale antérieure) est une maladie de l'adolescence.

Deux observations sont présentées chez deux jeunes patients ayant bénéficié d'un traitement chirurgical par la technique du forage tibial ; quelques techniques chirurgicales sont discutées notamment la séquestrectomie, l'excision.

La technique du forage tibial est recommandée en milieu africain quand l'indication chirurgicale est retenue .

**Mots – clés :** Apophysite – Séquestrectomie – Décollement – Excision – Forage.

**INTRODUCTION :** La maladie d'Osgood – Schlatter (apophysite tibiale antérieure) constitue une ostéochondrose acquise de la jeune enfance ; elle réalise une dystrophie de l'apophyse tibiale antérieure, développée **lors de la croissance** et que l'on peut cependant retrouver à l'âge adulte dans ses formes symptomatiques (1).

Le diagnostic de cette affection est d'abord clinique, évoqué face à des douleurs du genou, un œdème localisé, plus rarement révélé par une complication à type de tibia recurvatum (2).

Le traitement est surtout conservateur : soit une surveillance clinique dans le temps, soit la pose d'un plâtre. La chirurgie intervient rarement en cas de persistance d'une gêne fonctionnelle ou d'apparition d'une complication. L'arsenal chirurgical varié fait appel aux techniques de séquestrectomie (3), de forage ou d'excision (4), pour ne citer que celles là. Ces techniques, très souvent des données livresques dans notre contexte africain, nous ont amené à présenter deux cas managés chirurgicalement à l'Hôpital Général de Yaoundé afin d'en commenter les indications.

**Observations N°1 :** L'enfant O.W.M., âgé de 11 ans de sexe masculin était référé d'un hôpital périphérique à l'Hôpital Général de Yaoundé en septembre 1994 pour tuméfaction douloureuse du genou droit. Il s'associait une gêne nette à la pratique du sport chez ce jeune patient élève au collège. La maladie aurait débuté à l'âge de 5 ans par des douleurs à la course qui s'aggravaient progressivement jusqu'à ce jour.

Dans les antécédents, une radiographie du genou faite avait montré une apophysite tibiale antérieure et le patient avait bénéficié d'un plâtre cruropédieux de 4 semaines auparavant. A l'admission , l'examen physique montrait une tuméfaction douloureuse modérée du genou droit. La douleur prédominait au dessous de la pointe de la rotule, s'étendait au tiers supérieur du tibia droit, aggravée à la flexion du genou. Sur le plan biologique, l'hémogramme était normal, de même que la vitesse de sédimentation, le bilan hépatique, rénal et l'hémostase. Une radiographie des deux genoux de face et de profil montrait sur le profil droit, une image de décollement de l'apophyse tibiale antérieure droit (Fig 1).

L'indication chirurgicale était retenue en raison de l'inefficacité d'un traitement orthopédique antérieur. Le patient bénéficiait alors d'un forage en « timbre poste » de l'apophyse tibiale antérieure réalisé au moteur électrique : des broches de Kirchner avaient été enfoncées à une profondeur d'un demi centimètre, équidistantes d'un demi centimètre également sur l'apophyse. Le tout s'était terminé par la pose d'un pansement aseptisé et le patient était sorti au 6<sup>ème</sup> jour. Il a été revu un mois, trois mois, six mois, un an plus tard. Il pratiquait depuis ce jour la course et d'autres sports de manière confortable.

**Observations N° 2 :** L'enfant E. L. âgée de 10 ans, de sexe féminin, élève, était amenée en consultation externe en 1999 à l'Hôpital Général de Yaoundé, pour gonalgie bilatérale évoluant depuis cinq ans et douleurs de la hanche droite évoluant depuis deux mois. Dans les antécédents, il était noté une

herniotomie inguinale droite à l'âge de 4 ans et de fréquentes infections cutanées. L'examen physique ne montrait aucune particularité au niveau de la hanche. Le genou droit apparaissait tuméfié, la palpation réveillait une douleur au niveau du tiers supérieur du tibia, maximale en flexion. La radiographie des deux genoux montrait une fragmentation avec décollement de l'apophyse tibiale antérieure du côté droit. Face à la persistance de la coxalgie droite et des douleurs du genou, l'indication opératoire fut posée ; la patiente a bénéficié d'un forage chirurgical. 18 mois plus tard la disparition de la coxalgie et de la gonalgie était notée.

**COMMENTAIRES :** Le traitement chirurgical est rarement indiqué pour la maladie d'Osgood - Schlatter (5). Généralement la maladie devient asymptomatique sans traitement ou à la suite de la restriction des activités sportives. Sur une période de 10 ans, deux cas opératoires seulement avaient été notés. Dans certains cas, une symptomatologie persistante et gênante fait poser l'indication chirurgicale ; c'est le cas dans l'observation N°1. L'apophysite tibiale antérieure se voit surtout chez le jeune enfant, mais chez l'adolescent aussi ; elle touche aussi bien le sexe masculin (observation n° 1) que le sexe féminin (observation N° 2).

Le diagnostic est souvent clinique, évoqué face aux douleurs persistantes du genou à la marche , lors des exercices physiques (5) ; la proéminence douloureuse est surtout mise en évidence à l'examen du genou et la radiographie simple permet de confirmer la maladie en objectivant un décollement de l'apophyse tibiale antérieure ou la présence de petites ossifications, surtout sur l'incidence de profil (6). Dans l'observation N° 2, nous avons noté une présentation identique.

Sur le plan chirurgical, plusieurs techniques sont proposées, toutes visant à la disparition des douleurs du genou. FLOWERS et Al (4), préconisent la technique de FERCIOT qui consiste en une excision de la proéminence tibiale sur épiphyse décollée et la pose d'un plâtre de deux à quatre semaines (4, 7, 8). TRIAL (3) quant à lui préconise la sequestrectomie tibiale. GLYNN et REGAN pratiquent le forage tibial sans sequestrectomie et sans pose d'un plâtre (9). Cette technique du forage nous avait semblé la plus simple dans notre contexte, c'est celle que nous avons appliqué dans le cas de nos deux observations. De plus la durée de séjour hospitalier est raccourcie et le coût est faible. La technique du forage est celle que nous avons appliquée et que nous préconisons vu sa facilité d'exécution, car avec une chignole mécanique,

elle peut être pratiquée et ceci même dans les centres reculés dans notre cadre africain où le matériel adéquat fait souvent défaut, et où il faut souvent se contenter du strict nécessaire.

## REFERENCES

- 1- Hough J ; Lund B. The sequelae of Osgood - Schlatter disease in adults. *Int Orthop* 1998 ; 12 (3) : 213-5.
- 2- Lynch MC ; Walsh HP. Tibial recurvatum as a complication of Osgood - Schlatter disease : a report of 2 cases. *J. Pediatr. Orthop* 1991 ; 11 (4) : 543 - 4.
- 3- Trial IA. Tibial Sequestrectomy in the management of Osgood - Schlatter disease. *J. Pediatr. Orthop* 1995; 15 (3) : 292 - 7.
- 4- Flowers M. J ; Bhadrashwar D. R. Tibial tuberosity excision for symptomatic Osgood - Schlatter disease. *J. Pediatr. Orthop* 1995; 15 (3) : 292 - 7.
- 5- Terry Canale S. Osteochondrosis or epiphysitis and other miscellaneous affection in : *Campbell's operative Orthopaedics ; volume one, ninth Edition* 1998 : 861 - 862.
- 6- Romero Ganuza F J ; Hernandez Navarrete C. Osgood - Schlatter disease in general practice. *Aten primaria* 1990 ; 7(5):372 -4.
- 7- Robertsen K ; Kriten O ; Sommer J. Pseudoarthrosis between a patellar tendon assicle and the tibial tuberosity in Osgood - Schlatter disease. *Scand. J. Med. Sports* 1996 ; 6 (1) : 57 -9.
- 8- Engel A. Windhager R. Importance of the oscicle and therapy of Osgood - Schlatter disease. *Sportschaden* 1987; 1 (2) : 100 - 8.
- 9- Glynn M.K ; Regan BF. Surgical treatment of Osgood - Schlatter disease. *J. Pediatr. Orthop* 1983 ; 3 (2) : 216 - 9.

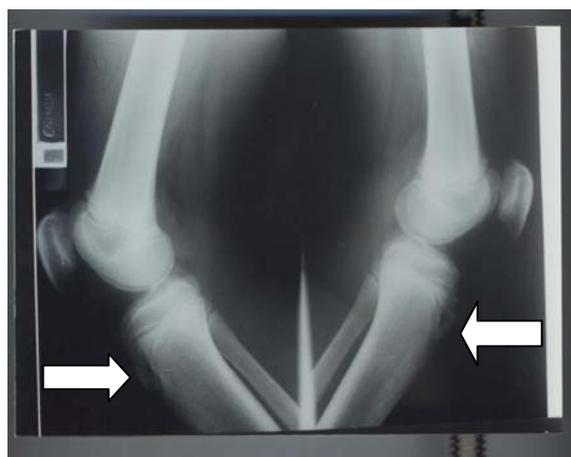


FIG 1 : Apophysite tibiale